

(患者様用)

ドパミントランスポートシンチグラフィの 説明・問診・同意書

検査予定： 年 月 日

説明書

(本検査の必要性、放射性医薬品の副作用、検査に影響する薬剤)

【検査の必要性】

あなたの病気の存在または状態を明らかにし、治療方針を決めるために、ドパミントランスポートシンチグラフィを行います。これは放射性ヨウ素で標識したイオフルパンという放射性医薬品を注射して脳内の線条体に集積させたのち、放出される微量なガンマ線を体外からガンマカメラで撮像する検査です。尚、**薬剤投与 4 時間後**からの検査開始となります。

【副作用】

イオフルパンは海外で 10 年以上前から使われている安全な薬ですが、一般の薬と同じように、体質やそのときの体調により、次のような副作用の出ることがあります。

1. およそ 100 人中 4 人に副作用がみられます。その主な症状は頭痛、悪心、めまい、空腹、口内乾燥などで、大部分はこの薬に含まれるアルコールによるものと考えられています。このような軽い副作用では治療の必要はありません。
2. きわめてまれに投与後局所反応、そう痒および紅斑等の過敏症があらわれる可能性があります。

【影響する薬剤】

この検査に影響する可能性のある薬剤があり、それを飲んだまま検査をすると、誤った結果になることがあります。したがって、検査前の一定期間、服薬を中止してもらうことがあります。ただし、服薬を中止することにより症状が悪化する可能性もありますので、中止するかどうかは主治医の判断に従ってください。

この検査を行うかどうかは、この検査の必要性と危険性とを十分に比較検討した上で判断されます。

検査中になんらかの異常を自覚されましたら、医師・看護師・技師にお伝えください。迅速な処置が行えるよう準備しておりますのでご安心ください。

以上の説明をご理解いただいた上で、次頁の問診票と確認・同意書の記入をお願いします。

(患者様用)

ドパミントランスポートシンチグラフィの 説明・問診・同意書

島根県済生会江津総合病院 電話 (0855) 54-0101

検査予定： 年 月 日

問診票

(患者様および医師によるチェック)

1. 今までにドパミントランスポートシンチグラフィをしたことがありますか？ ない ある
「ある」の場合、何らかの副作用や問題が生じたことがあればその内容をお書きください。
()
2. 以前に薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ ない ある
(ヨード造影剤・くすり・食べ物など：)
3. アルコール綿で皮膚がかぶれますか？ ない ある
4. 普段、お酒（アルコール類）は飲みますか？
 定期的に飲酒の機会があり、とくにアルコールに弱いということはない。
 つきあい程度に飲むか、最近はまったく飲まないが、とくにアルコールに弱くない。
 まったくお酒が飲めず、アルコールに弱い体質である。
5. コカインなどの興奮性賦活物質に対して過敏症はありますか？ ない ある
6. 検査に影響する可能性のある薬剤（別紙）を服用していますか？ ない ある
「ある」の場合、薬剤名をお書きください。()
→「ある」の場合、検査前の一定期間、服薬を中止してもらうことがあります、
中止するかどうかは主治医の判断に従ってください。
7. 重篤な肝障害や腎障害がありますか？ ない ある
8. 妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？ ない ある

説明者

年 月 日

医師署名

印

ドパミントランスポートシンチグラフィの 説明・問診・同意書

島根県済生会江津総合病院 電話 (0855) 54-0101

検査予定： 年 月 日

問診票

(患者様および医師によるチェック)

1. 今までにドパミントランスポートシンチグラフィをしたことがありますか？ ない ある
「ある」の場合、何らかの副作用や問題が生じたことがあればその内容をお書きください。
()
2. 以前に薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？ ない ある
(ヨード造影剤・くすり・食べ物など：)
3. アルコール綿で皮膚がかぶれますか？ ない ある
4. 普段、お酒（アルコール類）は飲みますか？
 定期的に飲酒の機会があり、とくにアルコールに弱いということはない。
 つきあい程度に飲むか、最近はずっと飲まないが、とくにアルコールに弱くない。
 まったくお酒が飲めず、アルコールに弱い体質である。
5. コカインなどの興奮性賦活物質に対して過敏症はありますか？ ない ある
6. 検査に影響する可能性のある薬剤（別紙）を服用していますか？ ない ある
「ある」の場合、薬剤名をお書きください。()
→「ある」の場合、検査前の一定期間、服薬を中止してもらうことがあります、
中止するかどうかは主治医の判断に従ってください。
7. 重篤な肝障害や腎障害がありますか？ ない ある
8. 妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？ ない ある

確認・同意書

(患者様および医師による確認と署名)

私はドパミントランスポートシンチグラフィの必要性和ダットスキャン静注（イオフルパン）の副作用および検査に影響する薬剤について説明を受け、十分理解しました。ドパミントランスポートシンチグラフィを行うことに同意します。上記の問診票も間違いありません。

年 月 日 患者署名 印
(本人ができないときは代理人の署名)

年 月 日 医師署名 印

ドパミントランスポートシンチグラフィに
影響を及ぼす薬剤リスト
(日常臨床で比較的良好に使われる薬剤)

製品名	一般名	服用中止期間
テプロール錠	フルボキサミン	5日
ルボックス	フルボキサミン	5日
パキシル	パロキセチン	5日
ジェイゾロフト	セルトラリン	6日
レクサプロ錠	エスシタロプラム	8日

(注)

これらの薬剤は SSRI といわれる抗うつ剤であり、背景組織への集積を低下させる可能性があります。

(参考)

次の薬剤は線条体への集積を阻害する可能性があります。日常診断での服用中止の必要はないとされています。

- ・サインバルタカプセル (一般名：デュロキセチン)
- ・メマリー錠 (一般名：メマンチン)
- ・一般の抗パーキンソン病薬